IV. SPRAWOZDANIE

Z DZIAŁALNOŚCI

SANATORYUM DLA CHORYCH PIERSIOWYCH W ZAKOPANEM

OD DN. 1. KWIETNIA 1906 DO DN. 1. STYCZNIA 1908.

UŁOŻYLI

KAZIMIERZ DŁUSKI I M. ROSPĘDZIHOWSKI
DYREKTOR ZAKŁADU, B. KIEROWNIK PRACOWNI.

KRAKÓW, 1908. — ODBITO W DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO, POD ZARZĄDEM JÓZEFA FILIPOWSKIEGO.

IV. SPRAWOZDANIE

Z DZIAŁALNOŚCI

SANATORYUM DLA CHORYCH PIERSIOWYCH W ZAKOPANEM

OD DN. 1. KWIETNIA 1906 DO DN. 1. STYCZNIA 1908.

UŁOŻYLI

KAZIMIERZ DŁUSKI I M. ROSPĘDZIHOWSKI
DYREKTOR ZAKŁADU, B. KIEROWNIK PRACOWNI.

KRAKÓW, 1908. — ODBITO W DRUKARNI UNIWERSYTETU JAGIELLOŃSKIEGO, POD ZARZĄDEM JÓZEFA FILIPOWSKIEGO.

IV. Sprawozdanie z działalności Sanatoryum dla chorych piersiowych w Zakopanem od dnia 1. kwietnia 1906 do dnia 1. stycznia 1908.

Ułożyli

Kazimierz Dłuski i M. Rospędzihowski

dyrektor zakładu, b. kierownik pracowni.

Podając do publicznej wiadomości czwarte z rzędu sprawozdanie z działalności Sanatoryum, zaznaczyć winniśmy, że uległo ono znacznemu opóźnieniu, częściowo z przyczyn od nas niezależnych, częściowo i dlatego, że pragniemy na przyszłość rozpoczynać i zamykać nasze sprawozdania z rokiem kalendarzowym. Tym sposobem niniejsze sprawozdanie obejmuje $^3/_4$ roku 1906 i cały 1907.

Cała liczba chorych w ciągu tych 21 miesięcy wynosi 505. W tej ogólnej sumie wynoszą: Polacy 439, Rosyanie 52, Rusini 10, Czesi 3, Węgier 1. Ogólna liczba dni pobytu w Sanatoryum wynosi 43,418; na jednego chorego zaś przypada średnio 85·2 dnia.

W tablicy z wynikami leczenia znajduje się tylko 405 chorych, gdyż leczenie 100 chorych w okresie sprawozdawczym trwało mniej, niż 30 dni (w tej liczbie 100 znajdują się również chorzy, którzy przybyli po 1. grudnia 1907, a więc wejdą do następnego sprawozdania). — Okres 30 dni uważamy za czas minimalny, dający prawo do wyrobienia sobie sądu o przebiegu leczenia w chorobie tak przewlekłej, jak gruźlica.

Przystępując do szczegółów, nadmienić winniśmy, że w liczbie 405 znajduje się 17 chorych, którzy się leczyli po raz drugi w Zakładzie, 12 chorych — po raz trzeci i 3 — po raz czwarty. Z góry zaznaczyć należy, że niniejsze sprawozdanie zasadniczo różni się od poprzednich, co się tyczy samej metody leczenia. Dawniej stosowaliśmy wyłącznie metodę Brehmera — Dettweilera, zachowując względem przetworów swoistych,

jak tuberkulina Kocha lub Denysa, lub przetwór Marmorka i t. d. stanowisko wyczekujące, a nawet sceptyczne. Stanowisko to wyraźnie zaznaczono w artykule »O stosowaniu tuberkuliny, w gruźlicy płuc ze stanowiska klinicznego« (»Przegl. lek.« 1907, Nr 41—42 przez K. Dłuskiego). Stosowanie tuberkuliny Prof. Beranecka, (będącej pewną odmianą starej tuberkuliny Kocha)[1]), daje jednak od lat kilku w klinikach szwajcarskich wyniki tak pomyślne, nawet w bardzo ciężkich postaciach gruźlicy płuc lub innych narządów, że zostaliśmy przez to zachęceni do prób w naszym Zakładzie. — Wprowadziliśmy je z początkiem 1907 r. — Bodźcem w tym kierunku było przekonanie się naoczne o skuteczności TBk w klinice berneńskiej, pozostającej pod kierunkiem takiej powagi lekarskiej, jak prof. Sahli. Trzymaliśmy się też przy stosowaniu TBk ściśle zasad, nakreślonych na podstawie bogatego doświadczenia, przez Sahlego w znanej jego pracy »Über Tuberkulinbehandlung«. Przypominamy, iż dwie zasadnicze cechy różnią metodę Sahlego od Kochowskiej, a mianowicie: leczenie zaczyna się od dawek o całe tysiące razy mniejszych ($^1/_{10\cdot000\cdot000}$—$^1/_{5\cdot000\cdot000}$ gr. substancyi czynnej) i prowadzone jest przy unikaniu najmniejszego odczynu, z dawkowaniem bardzo ostrożnem i bardzo stopniowo wzrastającem. — Materyał nasz w ciągu całego 1907 r. wynosi tylko 24 chorych, zbyt więc jest szczupły, abyśmy mogli na jego podstawie wydawać sąd w sprawie tak niezmiernie powikłanej, jak swoiste leczenie gruźlicy płuc.

Ale mimo to pozwolimy sobie choć pobieżnie wspomnieć o wynikach leczniczych, odkładając dokładne sprawozdanie na przyszłość, gdy materyał będzie dość obfity, aby pozwolić na wnioski, mające pozytywną wartość.

Czynimy to tembardziej, że stara tuberkulina Kocha została przed 17 laty tak radykalnie, i — dodajmy — słusznie zdyskredytowana, że sama nazwa »tuberkuliny« dziś jeszcze wydaje się postrachem. Ale postrach ten jest tylko pozornie straszny, przynajmniej w stosunku do TBk, gdy się ją stosuje ostrożnie, sprawdzając dokładnie, zwłaszcza w ciągu pierwszych 36—48 godzin po wstrzyknięciu, stan ogólny, stan płuc chorego, a przedewszystkiem ciepłotę, mierzoną co 2 godziny. — W liczbie 24 chorych mamy 10 w II. okresie Turbana i po 7 w I. i III. okresie. Wobec tego, że ani teorya, ani praktyka nie wyrobiły dotąd ścisłych wskazówek, u jakich chorych mianowicie i w jakich postaciach gruźlicy płuc należy stosować te lub inne przetwory swoiste, wobec rażącej sprzeczności poglądów, jaka panuje na tym zasadniczym punkcie, kierowaliśmy się w wyborze chorych przedewszystkiem dobrym stanem ogólnym i brakiem gorączki. Z góry jednakże zaznaczamy, że zachęceni dobrymi wynikami, otrzymanymi u gorączkujących

[1]) Przez skrócenie Sahli nazywa ją TBk.

przez Denysa (»bouillon filtré«), przez Krausego (»Bacillen-Emulsion«) i innych, stosowaliśmy ostrożnie TBk u 3 chorych (2 w II. i 1 w III. okresie), u których po kilku tygodniach leczenia ciepłota trzymała się uporczywie 37—38 C°. Otrzymaliśmy spadek ciepłoty już po kilku minimalnych dawkach, co bezwątpienia bezpośrednio działaniu TBk przypisać należy. Wogóle leczenie TBk szło bardzo pomyślnie. Z wyjątkiem 2 przypadków (1 w II. i 1 w III. okr.), z których w jednym w 7—8 godzin po wstrzyknięciu nastąpiła gorączka do 39°, ale trwała zaledwie kilkanaście godzin, tak że wedle wszelkiego prawdopodobieństwa tuberkulinie przypisać jej nie należy, w drugim zaś pokazało się więcej rzężeń w płucach i to chwilowo, oprócz tych dwóch objawów, powtarzamy, leczenie odbywało się zresztą bez odczynu i bez żadnych powikłań. Ostateczne wyniki przedstawiają się w ten sposób, że u 8 chorych nie dostrzegaliśmy dodatniego wpływu leczenia, więc je przerwaliśmy. W tej liczbie u 4, z powodu chwilowych powikłań, od TBk niezależnych, po pierwszych 2—3 wstrzyknięciach dalsze stosowanie wstrzymaliśmy. U reszty 16 stwierdziliśmy widoczną poprawę stanu ogólnego, z tej zaś liczby u 12 nadto widoczną poprawę w płucach. Prowadziliśmy więc leczenie całymi miesiącami, dochodząc stopniowo do dużych dawek. U jednego chorego w II. okresie doszliśmy do 6 przedziałek strzykawki Pravaza w literze D.[2]).

Tyle na dziś o stosowaniu TBk. Należy jeszcze w sprawie wskazań do swoistego leczenia zrobić małą uwagę, jaka z naszej praktyki mimowoli się nasuwa. Jakkolwiek bardzo pogmatwane są te wskazania u klinicystów, stosujących już od dłuższego czasu te lub inne swoiste przetwory, wydaje nam się, iż różne okresy choroby w klasyfikacyi Turbana, opartej jedynie na rozległości zmian anatomicznych, rozstrzygać tu nie mogą. Twierdzenie, że I. okres zasadniczo nadaje się do swoistego leczenia, III. zaś powinien być wyłączony, jest zbyt gołosłowne. Zdarza się właśnie wręcz naodwrót, wchodzi tu bowiem w grę czynnik niezmiernej wagi, odporność ustroju, będąca dziś jeszcze z punktu widzenia naukowego wielkiem X. Czynnik zaś ten w wyborze chorych powinien odgrywać bardzo ważną, nieraz rozstrzygającą rolę. — Nie potrzebujemy dodawać, iż leczenie zapomocą TBk nie wyłączało ścisłego stosowania metody higieniczno-dyetetycznej. Uważaliśmy i uważamy ją za rzecz zasadniczą, swoisty zaś środek, TBk, za rzecz dodatkową i która w pewnych przypadkach może okazać się bardzo skuteczną pomocą. Więc tak samo, jak w latach poprzednich, główną uwagę

---

[2]) Przypominamy z pracy Sahlego, że TBk ma 16 stopni rozcieńczenia. Najsłabszy $\frac{A}{64}$, dalej $\frac{A}{32}$, $\frac{A}{16}$ etc. do A, a dalej B. C. D. E. F. G. H.

skierowywaliśmy na jak najszersze korzystanie ze świeżego powietrza, zdrowe i obfite odżywianie, na hartowanie ciała, spokój psychiczny chorego i unikanie wszelkich szkodliwych dla jego zdrowia wpływów [3]).

Choć leczenie świeżem powietrzem jest już dziś bardzo spopularyzowane i znane nawet w szerokich kołach laików, pozwolimy sobie przypomnieć główne jego punkty. Zasadą powinno być używanie świeżego powietrza stale, a więc nietylko dniem, lecz i nocą. Do urzeczywistnienia drugiego postulatu służy spanie przy otwartych całych oknach, lub górnych szybach, stosownie do stanu pogody. Uważamy ten punkt leczenia za czynnik wielkiej wagi, okryty niestety grubą powłoką przesądu, że w nocy bardzo łatwo zaziębić się. Ale przesąd ten da się łatwo usunąć, jeśli pouczymy chorego, że w nocy powinien być szczelnie przykryty. Tym sposobem, jak praktyka dowodzi, nawet podczas silnych mrozów unika się tak zwanego zaziębienia.

Zbaczając nieco od przedmiotu, wyrażamy gorące pragnienie, aby zwyczaj ten został powszechnie przyjęty, nawet przez zupełnie zdrowych ludzi. — Nie widzimy bowiem powodu, dla którego mają ludzie spędzać $^1/_3$ część swego życia w zepsutem powietrzu. Sądzimy, że oddychanie świeżem powietrzem przez całą noc mocnoby się przyczyniło do podniesienia zdrowotności ogólnej. Używanie świeżego powietrza w ciągu dnia polega na werandowaniu i na spacerach. Pierwsze stanowi »pièce de resistance« całego leczenia, gdyż dostarcza zdrowego materyału dla płuc przy najmniejszej utracie sił chorego. Tłómaczyć zbyteczna, jak ważne jest zachowanie w równowadze żywotnej energii chorego na gruźlicę, pomnąc, jak łatwo, nawet w pierwszych okresach, przy lada wysiłku fizycznym podlega on zmęczeniu. — Werandowanie wynosi z przerwami od rana do wieczerzy 6 godzin. Obowiązkowego wieczornego werandowania, jak to się dzieje w sanatoryach niemieckich lub szwajcarskich, zaprowadzić nie mogliśmy, dla względów wymienionych w poprzednich sprawozdaniach, głównie zaś dlatego, że Polacy z natury swego charakteru trudniej, niż Niemcy lub Szwajcarzy poddają się dyscyplinie sanatoryalnej. Prawdę tę należy sobie powiedzieć otwarcie w oczy,

---

[3]) Nie potrzebujemy dodawać, iż leczenie lekarstwami w Sanatoryum odgrywa właściwą mu rolę. Stosujemy więc leki przeciw rozmaitym objawom gruźlicy, w szczegóły których wdawać się zbyteczna; uciekamy się do różnych zabiegów, jak: bańki, opaski, elektryzacya, termokauter itd. Główną jednak rolę odgrywają leki, mające na celu ogólne skrzepienie osłabionego i niedokrwistego ustroju, a więc:. somatoza, sanatogen, przetwory żelaza i wstrzykiwania arsykodylu, które stosowaliśmy u 57 chorych, w znacznej większości przypadków z dodatnim skutkiem. — Nadmienić jeszcze należy, że przeciw bolom w suchem zapaleniu opłucnej stosowaliśmy naświetlania światłem fioletowem, co się okazało niejednokrotnie znacznie skuteczniejsze od innych w takich przypadkach używanych środków.

tembardziej, że od wytrwałości zależy lwia część pomyślnych wyników leczenia. Dla złagodzenia tej prawdy należy jednak dodać, że spora część chorych weranduje w godzinach wieczornych, o ile stan pogody nie stawia poważnych przeszkód.

Obok werandowania wspomnieliśmy o spacerach. Tu z góry zaznaczamy, że chorzy nawet z niewielkiemi wzniesieniami ciepłoty (37·4—37·5 C° w ustach) od wszelkich przechadzek są wyłączeni i muszą leżeć albo w łóżku, jeśli przy stanie podgorączkowym uczuwają ogólne osłabienie, albo też dostają się na werandę zapomocą windy (dochodzącej do »hallu« prowadzącego na werandę) tak, że ruchu wykonują sami jaknajmniej. Kładziemy nacisk na ten szczegół, bo niejednokrotnie przy wzbranianiu spacerów napotykamy u takich chorych na opór, uzasadniany tem, że u siebie w domu mieli prawo spacerować pomimo podniesionej ciepłoty. U chorych nowo przybyłych, mających ciepłotę zupełnie prawidłową, zaczynamy od spacerów bardzo krótkich, 10—15 min. 2—3 razy dziennie, pomnąc, że ich narząd termo-regulacyjny jest na wszelkie podniety bardzo wrażliwy, zwłaszcza w wysoko-górskim klimacie, działającym podniecająco na cały ustrój nerwowy. Naturalnie, iż w miarę bliższego zapoznania się z chorym, zezwalamy na spacery dłuższe, ale nie przekraczające w sumie 2—3 godz. dziennie, nawet u chorych z najlepszym stanem sił.

Przechodząc do odżywiania chorych, możemy śmiało twierdzić, iż administracya zakładu zwraca pilnie uwagę na to, aby artykuły spożywcze były zawsze świeże i doborowe, sztuka zaś kucharska stara się dokonać reszty, podając potrawy smacznie przygotowane i w obfitej ilości. Oprócz obiadu i wieczerzy, dwóch śniadań i podwieczorku, chorzy spożywają średnio 1½ litra mleka dziennie, mając je bez oddzielnej dopłaty na zawołanie. Pomimo narzekań, jakie od czasu do czasu dają się słyszeć, naturalnych z tego względu, że najlepsza kuchnia po dłuższym przeciągu czasu przestaje dogadzać, — z przyjemnością możemy stwierdzić, że tak często zdarzające się zarówno w początkowych, jak późniejszych okresach gruźlicy zaburzenia w trawieniu niemal bez żadnych leków powoli ustępują. Należy to przypisać z jednej strony dyecie, którą stosownie do wskazań lekarskich bardzo ściśle uwzględniamy, a z drugiej strony dodatniemu działaniu wysokogórskiego klimatu na wymianę materyi w ogóle, a pośrednio i na czynności trawienia, na co już przed laty zwrócił uwagę Prof. J a w o r s k i, spostrzegając chorych w Davos.

Z kolei przechodzimy do omówienia hartowania ciała. W tym celu stosujemy powszechnie przyjęte w sanatoryach zabiegi, a mianowicie nacierania całego ciała wodą z wyskokiem lub czystą, a potem u silniejszych chorych przechodzimy do natrysków, trwających 20—30 sekund, przy obniżającej się stopniowo ciepłocie 35—10° C. Skłonność do krwioplucia jest tu

wyraźnem przeciwwskazaniem. Statystycznie rzecz tu wypada tak, iż nacierania stosowaliśmy u 332 chorych, natryski zaś tylko u 65.

Oprócz zasadniczych punktów leczenia — używania świeżego powietrza, odżywiania i hartowania ciała — pozostają jeszcze bardzo ważne szczegóły, stanowiące całą wartość zamkniętych zakładów, które Niemcy obejmują mianem »Anstaltbehandlung«, przypisując im może jeszcze większą rolę, niż bezpośredniemu działaniu czynników fizycznych. Szczegóły te dadzą się zamknąć w trzech słowach: nieustająca opieka lekarska. W tych trzech słowach mieści się wszystko. Przedewszystkiem ścisła kontrola nad werandowaniem, od którego chorzy, zwłaszcza silniejsi, bardzo chętnie się wyłamują, jako od rzeczy z natury bez wątpienia nudnej, ale mającej niezaprzeczenie, jak to praktyka lat kilkudziesięciu dowiodła — kardynalną wartość leczniczą. Następnie kontrola spacerów, do których chorzy mają częstokroć znacznie większy pochop, niż do werandowania, co zresztą u chorych odporniejszych jest rzeczą łatwo zrozumiałą. — Dalej ciągła kontrola ciepłoty, mierzonej co 2 godziny, aby módz przy lekkich nawet wzniesieniach zalecić choremu łóżko. Nie będziemy wchodzili w rozmaite inne drobne szczegóły. To, cośmy powiedzieli, wystarczy, aby zrozumieć, że chory jest ujęty w pewne karby dyscypliny, w harmonii z zadaniami jego leczenia i tym sposobem w miarę naszych skromnych sił, chroniony jest od różnych zgubnych wpływów, które niejednokrotnie — przy pozostawieniu go własnej inicyatywie — mogłyby zaważyć w sposób bardzo szkodliwy na szali zdrowia.

Przy tem zaś wszystkiem bardzo ważną rolę odgrywa psychoterapia.

Jeśli zdrowy człowiek, każdy z osobna, przedstawia cały świat odrębny, pełen tajemnic w jego wewnętrznem, duchowem życiu, to tembardziej da się to powiedzieć o chorym, z tem nadmienieniem, że na dnie tych tajemnic leżą u niego cierpienia ciała, potęgujące cierpienia ducha, a jedne z drugiemi razem mocno powiązane wytrącają z równowagi i tak już mało skłonną do równowagi psychicznej inteligentną jednostkę przy obecnych warunkach naszego życia.

Może wydać się przesadnem twierdzenie, że ta strona leczenia jest mozolniejsza i trudniejsza, niż wszelkie badania fizyczne, bakteryologiczne, chemiczne i t. d. Te wymagają tylko pewnej ilości sumiennej pracy umysłowej. Psychoterapia zaś wymaga ze strony lekarza ciągłego panowania nad sobą, stałego napięcia woli, bezustannej równowagi i pogody ducha, bo tylko tym sposobem można wywierać wpływ na chorych. Pamiętać zaś należy, że chorzy ci z samej istoty choroby i wskutek oderwania się, czasem na długie miesiące, od drogiego im otoczenia i prawidłowych warunków życia, są przeczuleni, przedenerwowani, zbyt silnie oddziaływają na różne drobnostki życiowe,

a przy lada niepowodzeniu w leczeniu łatwo popadają w krańcowy pesymizm, graniczący z rozpaczą, — co znów wywiera bardzo ujemny wpływ na ich zdrowie. Tu więc trzeba działać z całą stanowczością, ale pełną wyrozumienia i łagodności, bo tylko tym sposobem można dojść do celu.

W załączonych dwóch tablicach ugrupowaliśmy szeregi liczb objaśniające wyniki leczenia, oraz różne szczegóły bezpośrednio z niem związane. Pragniemy więc omówić te szczegóły, aby dać dokładny obraz całej sprawy.

Zaczynając od 1-ej kolumny, zauważyć powinniśmy, iż liczba kobiet, wbrew poprzednim sprawozdaniom, znacznie przewyższa liczbę mężczyzn (K. 229, M. 176). Czem się to dzieje, powiedzieć trudno, gdyż statystyka stwierdza, iż wogóle liczba mężczyzn, dotkniętych gruźlicą, wskutek większego ich narażania się na szkodliwe czynniki, jest średnio większa od liczby kobiet. Być może, iż w bieżącym okresie sprawozdawczym taki odwrotny stosunek jest poprostu dziełem przypadku; bliższej przyczyny znaleźć nie możemy.

Przechodząc następnie do drugiej pozycyi, do wieku chorych, widzimy, iż liczba ich w wieku 20—30 lat (54·3%) i od 30 do 40 lat (31·1%) stanowi razem 85·4% ogółu chorych i jest wyraźnie wyższa od liczb w poprzednich sprawozdaniach (69—71%). Idąc dalej do obciążenia dziedzicznego, widzimy przy zestawieniu z poprzedniemi sprawozdaniami, że z wyjątkiem pierwszego sprawozdania, gdzie liczba obciążonych była bardzo nizka (31%), różnicy znaczniejszej między obecnem a II i III sprawozdaniem niema, gdyż obecnie mamy obciążonych 54·3% ogółu chorych, w II i III sprawozdaniu mieliśmy 52% i 48%.

Zresztą, jak to dawniej zaznaczyliśmy, nie możemy twierdzić, aby obciążenie dziedziczne miało jaki przyczynowy związek z wynikami leczenia. Do tego samego wniosku doszedł już przed laty Turban w swej znanej pracy »Beiträge zur chronischen Lungen-Tuberkulose«.

Obecnie przechodzimy do różnych szczegółów, dotyczących samych wyników leczniczych. Mamy na względzie znikanie laseczników Kocha i gorączki, t. j. objawów, znajdujących się w bezpośrednim związku z poprawą w płucach, a następnie przyrost wagi, który jest może jedynym objawem, dającym się ująć w liczby, a świadczącym o poprawie stanu ogólnego.

Co się tyczy prątków Kocha, mamy wynik wyraźnie gorszy, niż w poprzednich sprawozdaniach, gdyż z ogólnej liczby 206 chorych, którzy przybyli do zakładu z lasecznikami, pozbyło się ich tylko 19, czyli 9·2% (w I sprawozdaniu 11%, w II 14%, w III 23%). Liczbę tę postaramy się później uzasadnić, gdy przejdziemy do ostatecznych wyników, t. j. do poprawy stanu płuc i stanu ogólnego.

Natomiast mamy daleko lepszy wynik co do gorączki, gdyż zniknęła ona obecnie u 53·5% gorączkujących, gdy w pierw-

szych dwóch sprawozdaniach liczby te były wyraźnie niższe (41%₀ i 48%) liczba zaś w III sprawozdaniu znacznie, gdyż o całe 22%

Tablica I.

Ruch chorych w Sanatoryum w Zakopanem od 1 kwietnia 1906 do 31 grudnia 1907 r. (wł.)

Narodowość		Płeć	Pochodzenie		Liczba dni leczenia	Wiek lat	Wiek osób	Średni pobyt jednego chorego w Sanatoryum
Polacy	439	mężczyźni 246	Galicya . . .	156	11101	1—10	3	85,2.
Rosyanie	52	kobiety 259	Królestwo . .	106	9417	10—20	68	
Rusini	10		Warszawa . .	73	5470	20—30	220	
Czesi	3		Wołyń			30—40	126	
Węgrzy	1		Podole			40—50	63	
			Ukraina . . .	141	15616	50—60	19	
			Litwa			> 60	6	
			Rosya					
			Poznańskie i Ślązk pruski . . .	25	1582			
			Inne (Bośnia, Czechy, Węgry)	4	232			
Razem	505			505	43418		505	

jest niższa, wynosi bowiem tylko 31%. Zjawisko takie może wydać się dziwnem wobec nieznacznego znikania TBC, ale da się wytłómaczyć tą samą przyczyną, o której niżej.

Tablica II.

Wyniki leczenia 405 chorych za czas od 1 kwietnia 1906 do 31 grudnia 1907 (włącznie).

Płeć	Wiek		Obciążenie dziedziczne		Gorączka	Prątki Kocha	Waga obliczona na 100 dni	Ogólna liczba dni leczenia 41.834	Średnia liczba dni leczenia na 1 chorego 103,3
	lata	osób	rodzaj *)	osób					
mężczyźni 176	1—10	—	o^1	112	przyjechało z gorączką osób 183	przyjechało z prątkami osób 206	303 osoby przybrały przeciętnie 7,9 kg.		
kobiety 229	10—20	61	o^2	7	wyjechało „ „ 85	wyjechało „ „ 187	21 osób straciło przeciętnie 3,1 kg.		
	20—30	180	o	101	przyjechało bez gorączki osób 222	przyjechało bez prątków „ 199	40 osób bez zmiany		
	30—40	97	bez	185	wyjechało „ „ „ 320	wyjechało „ „ „ 218	41 osób waga nieznana		
	40—50	48							
	50—60	14							
	> 60	5							
	Razem .	405	Razem	405					

Okresy	Poprawa wyraźna	Poprawa względna	Poprawa bez zmiany	Pogorszenie	Śmierć
133 osoby I okresu	101	23	8	—	1
138 osób II okresu	109	19	5	4	1
134 osoby III okresu	65	18	16	25	10
Razem osób 405	275	60	29	29	12
	405				

*) o^1 oznacza obciążenie dziedziczne ze strony jednego z rodziców, — o^2 oznacza obciążenie dziedziczne ze strony obojga rodziców, — o oznacza obciążenie ze strony krewnych lub rodzeństwa.

Co się tyczy wagi, widzimy stale powtarzające się zjawisko od początków Sanatoryum, a mianowicie zwiększa się ona u 75—77% ogółu chorych, zmniejsza się zaś u 5% (w I tylko sprawozdaniu u 8%). Sredni przyrost natomiast stale wzrasta: w I sprawozdaniu 5·6 kgr., w II — 7·3 kg., w III — 7·6, w niniejszem 7·9 kgr Ubytek zaś średni waha się w nieznacznych granicach: w I — 2·4 kgr., w II — 3·8 kgr., w III — 2·7 krg., w obecnem 3·1, u 21 chorych. Dodajmy dla dokładniejszej charakterystyki, że obecnie u 94 osób na 303 średni przybytek obliczony na 100 dni wynosi 10 kg i wyżej (największy 23·3 kg).

Przechodząc z kolei do ostatecznych wyników leczenia, musimy zauważyć tak samo, jak w poprzednich sprawozdaniach że określamy je zapomocą wyrażeń: »poprawa względna« i »wyraźna poprawa«. Przez pierwszą rozumiemy tylko polepszenie stanu ogólnego z zachowaniem *status quo* w płucach, przez drugą, nadto polepszenie miejscowe w płucach w mniejszym lub większym stopniu. W szczegóły tych objawów polepszenia wdawać się nie będziemy, gdyż musielibyśmy poruszać — mając na uwadze stan ogólny — czynności rozmaitych poszczególnych narządów ustroju (krwionośny, trawienny, nerwowy i t. d.), wypaczonych przez działanie lasecznika i jego toksyn; co się zaś tyczy płuc wkroczyć w bardzo powikłaną dziedzinę fizycznego badania; to zaś uważamy dla czytelników-lekarzy za rzecz zbyteczną. Ograniczymy się więc do omówienia roli liczb i do wniosków, jakie z nich się wysnuwają.

Dla ułatwienia tego zadania podzieliliśmy chorych zgodnie z utartym w klinice zwyczajem na 3 okresy wedle klasyfikacyi Turbana. Z góry jednak zaznaczyć musimy, że coraz więcej przekonywamy się o jej niedostateczności. Klasyfikacya ta, opierająca się jedynie na rozległości zmian anatomicznych, zupełnie nie bierze w rachubę, jeśli nie najważniejszego, to w każdym razie bardzo ważnego czynnika: odporności ustroju. Czynnik ten, będący zagadkowym problematem, naukowo, zwłaszcza w gruźlicy, bardzo mało jeszcze wyjaśnionym, nieraz stanowi, niezależnie od rozległości zmian w płucach, o całym przebiegu leczenia. I dopiero *a posteriori* u chorych, u których pozornie jest najmniej szans wyleczenia, spostrzegamy dodatnie, czasem nawet bardzo pomyślne wyniki. Nic dziwnego, bo nie jest jeszcze rzeczą dowiedzioną, czy toksyny TBc są endo- czy egzo-toksynami: nie jest rzeczą dowiedzioną również, przy jakich warunkach biologicznych tworzą się antytoksyny gruźlicze i jaki zachodzi stosunek między niemi a toksynami. Znamy tylko pobieżne działanie toksyn z ich ujemnego wpływu na czynności ustroju i powiadamy, że tenże ustrój wytwarza antytoksyny, skoro przebieg kliniczny leczenia jest pomyślny.

Ale jest to czysta empirya.

Zastrzeżenie powyższe tembardziej musimy utrzymać, iż stojąc na gruncie faktycznym widzimy, całą sztuczność klasyfi-

kacyi Turbana, gdy chodzi o zasadniczą rzecz, a mianowicie o przypuszczalne rokowanie, na niej oparte. W żadnem z poprzednich sprawozdań bowiem nie mieliśmy tylu chorych w III. okresie, co obecnie; liczba ich wynosi 33% ogółu (w I sprawozdaniu 26%, w II — 18%, w III — 24%). Tymczasem w żadnem sprawozdaniu nie mieliśmy takich dobrych wyników, gdyż odsetek polepszeń całej liczby 405 chorych wynosi obecnie 82·8 prc. gdy w poprzednich sprawozdaniach wynosił okrągło 80 prc., a zauważyć należy, iż odsetek wyraźnej poprawy jest obecnie największy, stanowiąc 68 prc. (Dawniej wynosił 55 prc. 63 prc. i 67 prc.). Nad to musimy położyć szczególny nacisk na tę okoliczność, że obecnie u 134 chorych w III okresie mamy 48·5 prc. wyraźnej poprawy (13·4 prc. względnej), gdy w poprzednich trzech sprawozdaniach liczby kolejno były następujące: 17 prc., 28 prc., 36 prc. Wyniki takie mogą wydać się paradoksalne; dadzą się one wytłómaczyć tem, że choć mieliśmy największą w porównaniu z ubiegłymi latami liczbę chorych w III okresie, nie mieliśmy natomiast w leczeniu chorych w stanie rozpaczliwym, beznadziejnym [4]). I właśnie ci chorzy z III okresu, u których, kierując się zmysłem klinicznym, przypuszczaliśmy istnienie pewnego zapasu sił odpornych — pomimo częstokroć bardzo nieobiecujących pozorów — ci chorzy, wzięci na próbę, doznali po upływie krótszego lub dłuższego czasu, takiej poprawy, jakiej w poprzednich sprawozdaniach zapisać nie mogliśmy. W liczbie zaś 134 w III okresie mamy czwartą część (34 chorych) z bardzo rozległemi zmianami naciekowemi w jednem lub obu płucach, a wśród nich 15 z wysokiemi przy początku leczenia gorączkami. Jednak ostateczne wyniki u tych chorych okazały się bardzo pomyślne.

Ta okoliczność tłómaczy nam poniekąd, dlaczego mieliśmy tak stosunkowo nieznaczną liczbę przypadków ze zniknięciem TBC, a z drugiej strony takie dobre wyniki ze zniknięciem gorączki. Jeśli ta ostatnia, — pomijając gorączkę przyrody czysto nerwowej, jak n. p. w histeryi, — ma być wyrazem intoksykacyi ustroju, to nic dziwnego, że w miarę jego uodpornienia pod wpływem leczenia może ona zniknąć prędzej u chorego w III. okresie, posiadającego odpowiedni zapas sił żywotnych, niż u chorego w I. okresie z pozornie nieznacznemi zmianami, ale którego tkanki nie mają wielkiej wartości biologicznej. Tak ma się rzecz wedle naszego rozumienia z materyałem klinicznym, stanowiącym przedmiot niniejszego sprawozdania.

W związku z tem nasuwa się pragnienie, aby sprawa odporności ustroju była naukowo i teoretycznie wyjaśniona, aby

---

[4]) Właściwie mówiąc, przysyłają nam jeszcze takich chorych, jednak mniej niż dawniej, — ale w Zakładzie ich nie zatrzymujemy, uważając to dla nich za bezcelowe, a dla Zakładu za szkodliwe.

zapomocą metod chemiczno-bakteryologicznych można było u danego chorego określić ilość antytoksyn lub ciał ochronnych, krążących w danej chwili w sokach ustroju, ich wzrastanie pod wpływem leczenia higieniczno-dyetetycznego lub połączonego ze swoistem, stosunek tych antytoksyn do toksyn i t. d. Tym sposobem można byłoby mieć niejako podstawę dla oryentowania się z góry w ewentualnym przebiegu leczenia, a nie sądzić o odporności ustroju *post factum*, na zasadzie wyników już otrzymanych.

Dla uzupełnienia obrazu wyników leczniczych musimy dodać jeszcze niektóre ważne szczegóły. Na pierwszem miejscu krwioplucia i krwotoki, a następnie sprawę gruźliczą w krtani.

Już w poprzednich sprawozdaniach staraliśmy się zwalczać przesądy, rozpowszechnione nietylko wśród laików, lecz i w kołach lekarskich, że klimat wysokogórski wpływa szkodliwie na chorych, mających skłonność do krwioplucia. Właściwie mówiąc, nie spotykaliśmy nigdzie argumentów naukowo sformułowanych i popartych statystyką z dziedziny odpowiednich spostrzeżeń klinicznych. Przytaczaliśmy natomiast na poparcie naszego zapatrywania liczby statystyczne prof. Eggera z Arosy (1850 m. wysokości) Turbana z Davos (1650 m.) i innych, które gołosłownym twierdzeniom przeciwników gór wyraźnie zaprzeczają. Moglibyśmy je poprzeć jeszcze długoletniemi spostrzeżeniami takich klinicystów, jak bracia Carl i Lucius Spengler z Davos, lub lekarzy sanatoryalnych z Leysin (1400 metr.). Ale mniejsza o to, mamy nasze własne liczby, które łącznie w 4 sprawozdaniach obejmują 1052 chorych (w I. 227 chorych, w II. 191, w III. 229, i w IV. 405) i przedstawiają się, jak następuje:

Krwioplucia i krwotoki

	przed przybyciem do sanatoryum	powtórzyły się w sanatoryum	poraz pierwszy w sanatoryum
I sprawozd.	u 34% ogółu chor.	18%	u 2·7% z całej licz. chor.
II »	» 36% » »	18%	» 0·8% » » » »
III »	» 31% » »	18%	» 2·0% » » » »
IV »	» 43% » »	20%	» 2·6% » » » »

To samo da się mniej więcej powiedzieć o obawach, dotyczących rzekomo ujemnego wpływu gór na gruźlicę krtani. Już w poprzednich sprawozdaniach zaznaczaliśmy, że mieliśmy przypadki bardzo ciężkich gruźliczych powikłań w krtani, przysyłane do Sanatoryum przez wybitnych specyalistów laryngologów. Już ta okoliczność powinnaby do pewnego stopnia złagodzić strach na tym punkcie przed górami. Naturalnie to samo, co się dzieje z płucami, dzieje się i z krtanią. Niejednokrotnie spostrzegaliśmy wpływ dodatni naszego klimatu w przypadkach ciężkiej gruźlicy krtani i naodwrót. Przewidzieć z góry, kiedy i u jakiego chorego sprawa miejscowa w krtani polepszy się

niepodobna. Zależy to w znacznej mierze od poprawy stanu ogólnego, ta zaś od odporności ustroju. Zresztą, poza obrębem płuc, polepszenie się sprawy gruźliczej, usadowionej w różnych innych narządach (gruczoły, kości, otrzewna i t. d.) z wyjątkiem opon mózgowych [5]) i rozsianej gruźlicy prosówkowej, również zależy przeważnie od odporności ustroju, nie mówiąc naturalnie o niezbędnych zabiegach chirurgicznych, lub fizyczno-chemicznych [6]). Oczywiście cały szereg indywidualnych właściwości chorego odgrywa tutaj nieraz główną rolę i rozstrzyga wbrew powziętym z góry przewidywaniom, jaki klimat dla jego krtani, względnie i dla płuc, będzie odpowiedni. W każdym razie wyniki lecznicze w gruźlicy krtani do najgorszych nie należą. W pierwszych dwóch sprawozdaniach były nawet bardzo pomyślne, co zależy, rzecz prosta, od jakości materyału klinicznego. Przedstawiają się one statystycznie, jak następuje: Gruźlica krtani w stosunku do całej liczby chorych wynosi 11 prc.; z tego polepszenia doznało 40 prc. chorych, bez zmiany pozostało 44 prc., pogorszenie nastąpiło u 16 prc.

Tu z kolei należy wspomnieć o innych powikłaniach gruźlicy, które stoją w bliższym związku z przebiegiem leczenia podstawowej sprawy.

Z powikłań takich zauważyliśmy: zapalenie gruźlicze otrzewnej (1 przypadek), gruźlica jelit (14), przetoka ropno-kałowa w jelitach (1), gruźlica oka (1), błony śluzowej nosa (1), gruźlica narządu moczowo-płciowego (1), zapalenie gruźlicze opon mózgowych (1), próchnienie kręgów (1), wrzód gruźliczy na języku (1), przetoka odbytnicy (1), ropień kostny (2), gruczoły zropiałe (2), zgorzel płuc (1), odczyn dwuazowy (16), białkomocz (8), cukrzyca (5), choroba Basedowa (1), wybitna blednica (2), ciężka niedokrwistość (1), wrzód żołądka (1), kamica żółciowa (2), tętniak tętnicy głównej (1).

Nakoniec przytaczamy spostrzeżenia, na które zwracaliśmy uwagę czytelnika od początku naszych sprawozdań, a dotyczące ognisk gruźliczych: w prawem płucu z tyłu od grzebienia do połowy łopatki i w lewem z przodu w II. i III. międzyżebrzu, oraz spostrzeżenia, dotyczące specyalnej postaci suchego zapalenia opłucnej. Możemy tylko dosłownie powtórzyć to, cośmy pisali w III. sprawozdaniu, a mianowicie, że ogniska te wyprzedzają sprawę w szczytach, lub pojawiają się samodzielnie przy niezajętych szczytach, z natury są uporczywe, skłonne do rozpadu i wolniej się poprawiają, niż ogniska szczytowe. Przyczyna

---

[5]) Ostatniemi czasy klinika zapisuje przypadki wyleczenia gruźliczego zapalenia opon, przypisując dodatnie wyniki w niektórych razach systematycznie powtarzanym nakłuciom lędźwiowym.

[6]) Tutaj wspomnimy o bardzo dodatnich wynikach helioterapii w gruźlicy gruczołów, stawów, kości, otrzewnej itd., jakie mogliśmy osobiście stwierdzić w klinice Dr Rollier w Leysin.

takiego usadowienia się ognisk jest nam nieznana. O suchem zapaleniu opłucnej, które tak często pojawia się przy gruźlicy płuc, powtarzamy znowu to samo, cośmy dawniej mówili, że spostrzegana przez nas postać odznacza się pewnemi właściwemi cechami, a mianowicie: usadawia się ogniskowo, na nieznacznej czasem przestrzeni (paru lub kilku cm kwadr.), zjawia się nieraz przelotnie, tarcie i ból ustępują bowiem w ciągu kilku godzin, czasem zaś powtarzają się albo znikają na stałe; czasem takie ograniczone zapalenie opłucnej przerzuca się na inne miejsce, daleko topograficznie od pierwszego ogniska położone; wreszcie objawy podmiotowe wcale nie pozostają w stosunku do zajętej przestrzeni lub chory wcale na nic się nie skarży i takie zapalenie opłucnej daje się wtedy wykryć dzięki tylko dokładnemu badaniu chorego.

Zaznaczamy, że liczba chorych z ogniskiem tylnem w prawem płucu wynosiła 26, z ogniskiem przedniem w lewem płucu 13, razem 39, co stanowi 9,5% ogółu chorych. Zapalenie opłucnej spostrzegaliśmy u 62 chorych, czyli przeszło 15%.

Przechodzimy wreszcie w krótkich słowach do ogólnych wniosków. Zadanie nasze jest tu znacznie ułatwione, gdyż przy omawianiu każdej poszczególnej pozycyi podawaliśmy wnioski, jakie same z odpowiednich liczb wypływały. Ogółem wyniki obecne są lepsze, niż we wszystkich poprzednich sprawozdaniach, gdyż sprowadzając je do jednego wspólnego mianownika, widzimy stosunkowo największą liczbę polepszeń u ogółu chorych. W liczbę tę zaś wliczona jest największa dotąd liczba polepszeń w III. okresie przy bezwzględnie i względnie największej liczbie chorych z tegoż okresu. Jest to wynik nader pomyślny. Świadczy o tem, iż metoda higieniczno-dyetetyczna jest pewnym, wypróbowanym środkiem przeciw gruźlicy płuc[7]), że środek ten przy umiejętnem i sumiennem stosowaniu w zamkniętym zakładzie może jeśli nie wyleczyć, to w każdym razie przedłużyć życie nawet u tej wyżej wymienionej kategoryi chorych w III. okresie, która posiada dość energii życiowej dla odniesienia choćby czasowego zwycięstwa nad zarazkiem choroby i jego toksynami. Śledząc przebieg leczenia u tej kategoryi chorych, nie wątpimy ani na chwilę, że pozostawieni na pastwę leczenia lekarstwami u siebie w domu, padliby w krótkim czasie ofiarą gruźlicy. Upoważnia nas do takiego twierdzenia ta okoliczność, iż wśród najbardziej pozornie chorych w III. okresie spotykamy niemal 60% ludzi zamożnych, zamieszkałych na wsi, wśród czystego wiejskiego powietrza, przy największych wygodach, w otoczeniu

---

[7]) Leczenia swoistego z TBk nie bierzemy obecnie w rachubę, gdyż dotyczy ono tylko 16 chorych, czyli zaledwie 4% ogólnej liczby.

rodzinnem i t. d. I ci właśnie chorzy przybyli do Zakładu z największemi zmianami w płucach [8]).

Jeśli z jednej strony wyniki jakościowe są zadowalniające, to znów z drugiej strony wyniki ilościowe, czyli frekwencya chorych, jest niemniej zadowalniająca. Zestawiając liczby z pierwszego i obecnego sprawozdania, widzimy, iż frekwencya ta wzrosła w stosunku 4·2 do 6·4.

Z liczb tych wynika bezpośrednio wniosek, że Zakład się rozwija, zapewne dlatego, że jest instytucyą pożyteczną i spełnia przyjęte na siebie zadanie.

Prawda, iż na początku swego istnienia musiał wyrabiać sobie prawo obywatelstwa, walcząc z uprzedzeniami. Przedewszystwiem, jako zakład polski, musiał być uważany za gorszy, niż podobne zakłady zagraniczne, które dlatego tylko uchodzą za lepsze, iż są zagraniczne. Powoli ostre kąty tego przesądu siłą faktów zaczęły się ścierać, ale nie są jeszcze ostatecznie zaokrąglone. Powtóre uprzedzenie do tutejszego klimatu, a szczególnie do halnych wiatrów i do..... okresu topnienia śniegów.

Co się tyczy owych wiatrów, już kilkakrotnie zaznaczaliśmy, ż w przekonaniu ludzi, znających sprawę, nie mają one realnego znaczenia. Jakkolwiek bowiem są bardzo przykre, jednak, zgodnie ze spostrzeżeniami meteorologicznemi, pojawiają się średnio w ciągu kilkunastu dni w roku, czasem w ciągu kilku godzin tylko nocą lub podczas dnia. Wówczas stanowią istotną przeszkodę dla werandowania, ale zbyt krótkotrwałą, aby w ciągu leczenia mogła być poważnie brana w rachubę. — O okresie topnienia śniegu, który ma być niebezpieczny dla zdrowia, dlatego, iż — jak utrzymują — trwa dłużej, niż na nizinach, możemy śmiało twierdzić, iż dzieje się wręcz przeciwnie. Jest tu pomieszanie pojęć: długości zimy z okresem topnienia śniegu. Śnieg istotnie trwa dłużej i to naturalne, bo im wyżej, tem chłodniej. Natomiast sam okres topnienia śniegu jest wyraźnie krótszy, niż na nizinach, i to także naturalne, gdyż insolacya jest silniejsza, a powietrze suchsze. Podziwiać nawet potrzeba, jak nadzwyczaj szybko znikają grube warstwy śniegu pod wpływem wspomnianych wyżej czynników fizycznych. Na okoliczność tę zwrócił już dawno uwagę Lauth w znanem swem i bardzo ciekawem dziełku. (»Traitement de la tuberculose par l'altitude«. Paris 1896). Kto jednak temu nie wierzy, niech tu przyjedzie podczas okresu topnienia śniegu, a nie wątpimy, że się naocznie przekona o słuszności naszego twierdzenia.

Słówko na zakończenie.

Zakład nasz przebył już ogniową próbę niewiary społeczeństwa do instytucyi rodzimej. Nie będziemy wdawali się

---

[8]) Przypominamy, iż ta kategorya chorych stanowi 34 wśród ogólnej liczby 134 chorych w III. okresie.

w ocenę czynników psychologicznych, które na ten sceptycyzm się składają. Dziś jest faktem, iż Zakład stopniowo się rozwija i jest nadzieja, że i nadal rozwijać się będzie. Przemawia za tem zaufanie, jakiem obdarza Zakład inteligentna część społeczeństwa naszego i życzliwość szerokich grup lekarzy polskich. Zadaniem ciała lekarskiego w Sanatoryum jest spełnianie niełatwych obowiązków, jakie nań nakłada sumienne i umiejętne prowadzenie Zakładu. Możemy z głębokiem przekonaniem powiedzieć, że w granicach naszych skromnych sił zadanie to spełniamy i nadal spełniać będziemy.

Osobne odbicie z »Przeglądu lekarskiego«, 1908, Nr 22.

Kraków 1908. — Z drukarni Uniw. Jagiell. pod zarządem J. Filipowskiego.